

# Dimensions de l'objection de conscience

## Commentaire de positions différentes des deux côtés de l'Atlantique

Jean Martin<sup>a</sup>

a Membre de la Commission nationale suisse d'éthique pour la médecine humaine (CNE) et du Comité international de bioéthique de l'UNESCO

### Les principes

Les codes déontologiques prévoient généralement que le médecin peut s'abstenir de fournir des prestations qui lui posent un problème de conscience. Ainsi pour l'interruption de grossesse, pour la prescription de contraceptifs, la stérilisation, la procréation médicalement assistée. De plus, dans le cas particulier de la Suisse, pour l'assistance au suicide.

Nous sommes attachés à ce principe. Cependant, consulté dans une fonction officielle antérieure parce que chargé des questions éthiques et disciplinaires au sein du Ministère de la santé du Canton de Vaud, nous rappelions que refuser de donner des soins n'est licite qu'à certaines conditions:

- qu'il ne s'agisse pas d'une situation d'urgence où l'absence de traitement, ou un retard à le donner, a des conséquences négatives notables pour le/la patient(e),
- que ce refus n'entraîne pas des difficultés sérieuses à obtenir la prestation, par exemple à cause de distances à parcourir, de conséquences matérielles et financières importantes,
- de plus, le médecin doit déontologiquement, même s'il réprovoque l'intention du patient, l'informer adéquatement sur des confrères/institutions susceptibles de fournir la prestation.

Une éventualité problématique serait que dans une région étendue l'ensemble des praticiens allèguent l'objection de conscience. L'appréciation change: ce qui est admissible au vu de convictions individuelles ne l'est plus, du point de vue de la société, si tous les prestataires adoptent la même position, parce qu'il s'ensuit pour les patient(e)s des obstacles majeurs à bénéficier de prestations que la loi dit licites: ainsi, dans le cadre légal suisse du régime du délai, depuis 2002, la possibilité pour la femme d'avoir une interruption – jusqu'à 12 semaines de grossesse – quand elle allègue une situation de détresse. Il n'est pas acceptable que cet accès soit empêché: enjeu d'éthique civique, d'égalité devant la loi et les soins. La responsabilité des pouvoirs publics serait engagée, particulièrement celle de l'autorité sanitaire qui devra faire en sorte que les femmes de la région disposent des services en cause.

Cette question a aussi des dimensions de responsabilité institutionnelle et de droit du travail: quelle peut/doit

être l'attitude des responsables d'un hôpital public si une partie importante du personnel soignant refuse de participer à certaines interventions? Quand un/e employé/e parmi vingt ou trente a ce souci de conscience, sans doute cela peut-il être géré dans le dialogue, mais la situation diffère si la moitié ont la même position ... On ne saurait négliger le mandat de l'établissement de remplir sa mission.

### Le débat aux Etats-Unis

Le *Hastings Center Report* a publié récemment un commentaire interpellant [1] d'un livre traitant des conflits de conscience dans les soins [2]. Alors que, pour un professionnel de santé, la faculté d'objecter n'est pas contestée en France, en Suisse et dans les pays proches – sous réserve des limites liées à l'urgence ou à des intérêts majeurs du patient, beaucoup jugent aux Etats-Unis que «the professional standard is no conscientious objection» (la règle est que l'objection de conscience n'est pas admissible). Un éthicien aussi respecté que Dan Brock pense qu'il ne saurait y avoir objection à des actes ressortissant à «what is legal and professionally accepted». Pour McLeod, «le problème est de définir la mesure dans laquelle les médecins doivent subordonner leur intérêts à ceux de leurs patients».

Un développement récent dans le même registre, toujours aux Etats-Unis, mérite qu'on s'y arrête: en février 2011, le Département de la Santé et des Services humains (DHHS) a émis une règle limitant la latitude des professionnels d'adapter leur pratique à leurs convictions personnelles. Cette règle annule une disposition de l'administration de G.W. Bush qui avait étendu le domaine de ce que les professionnels peuvent refuser (ou imposer) en conscience, diminuant d'autant l'autonomie du malade. Il s'agissait entre autres de limiter la possibilité de discuter avec des patients en phase terminale de leurs droits et priorités. Une sorte d'interdiction de parler de leur mort avec les malades – on peine de ce côté-ci de l'Atlantique à voir comment une telle prohibition peut être justifiée. Selon Blum [3], elle était liée à la croyance que parler avec le patient implique un potentiel de danger, un pouvoir psychologique des professionnels comparable à celui que donnait le silence il y a quelques décennies ... Pourtant, les consultations d'éthique clinique – comme l'expérience profession-

nelle des soins et même la sagesse dite populaire – montrent comment le silence accroît les tensions. «L'absence de souhaits clairement articulés de la part du mourant et la difficulté que chacun rencontre à avoir alors des conversations honnêtes, *fair*, rendent des situations difficiles encore plus difficiles.» Blum conclut: «Etant donné la longue histoire de sujétion et d'abus dont ont souffert certains groupes de patients, et la manière dont des biais ou des inconforts [des professionnels] peuvent être présentés à l'hôpital comme l'expression de valeurs humaines, nous ne devrions pas voler au secours des médecins si les protéger [par la clause de conscience] est au détriment d'efforts difficiles mais cruciaux de médiation.»

### La dignité humaine au service de l'objection de conscience du professionnel?

La notion de dignité de l'être humain est au centre de déclarations internationalement reconnues mais sa définition reste imprécise. Dans certaines doctrines, l'appréciation de la dignité de son existence peut ne pas être la prérogative première du malade, mais de l'Etat ou d'agents tenant de lui une mission d'ordre public, comme le médecin en droit français. Dans un récent traité, on lit: «Le refus de soins constitue donc un droit de la personne, qui participe au respect du principe de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine.» Suit toutefois une considération susceptible de limiter sérieusement la liberté du malade: «La dignité de la personne représente une prérogative extérieure au patient. Elle incarne la valeur que le droit reconnaît à l'être humain plutôt qu'à un individu. En ce sens, ce principe limite l'absolutisme de la volonté du patient» [4].

A notre sens, une telle position donne à l'Etat ou à ceux qu'il charge de certaines tâches une possibilité discutable (absolutiste?) d'objection à la volonté du malade, à l'encontre de ce qui vaut aujourd'hui s'agissant des droits des patients.

### Réglementation de l'objection de conscience?

Dans le livre analysé par McLeod, Lynch Fernandez s'oppose (dans un sens «européen») à la prohibition complète de l'objection de conscience, jugeant nécessaire d'admettre un peu (!) d'objection (some conscientious objection ...). Elle estime que la profession, par ses organes, a la responsabilité de s'assurer que les patients obtiennent les services (licites) qu'ils demandent, l'objecteur s'assurant que le patient pourra obtenir le service requis d'un autre médecin (c'est le mode de faire souhaité en Suisse).

Fernandez propose une solution institutionnelle: «Les médecins devraient faire enregistrer leurs objections de conscience auprès de l'autorité qui les autorise à

pratiquer, autorité qui doit vérifier la sincérité desdites objections et rejeter celles qui sont discriminatoires. Les patients ont accès à ces registres, ce qui facilite le *morals matching* (souhait de permettre aux patients et médecins qui partagent les mêmes valeurs de se retrouver). S'ils ne peuvent trouver un médecin qui satisfasse leur demande, les patients peuvent se plaindre à l'autorité compétente» (autorité qui ne saurait négliger sa responsabilité de donner accès à un service devenu un soin standard). Pour un pays, les Etats-Unis, en principe très libéral, cette proposition apparaît lourde. On peut se demander si elle serait aisément admise dans les pays européens: ce serait à notre sens imaginable en Suisse où l'autorité sanitaire est partie intégrante des pouvoirs publics, mais on y serait probablement réservé à l'endroit d'une tâche supplémentaire; en France, l'Ordre des médecins est mandaté par l'Etat pour régler les questions de déontologie et ce serait à lui de s'en charger.

McLeod confirme les principes: «Indépendamment de leur objection, les médecins sont obligés d'informer les patients de toutes les options thérapeutiques [y compris celles auxquelles ils seraient opposés en conscience], de traiter en cas d'urgence et, si possible, d'orienter les patients concernés vers des confrères/structures susceptibles de fournir les soins requis.»

### Cas particuliers: grève de la faim et assistance au suicide

L'attention du public et des professionnels concernés a été retenue en Suisse, durant 2010, par la grève de la faim prolongée d'une personne condamnée pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants. La grande majorité des médecins, des autres soignants et des éthiciens se sont alors opposés à l'idée de contraindre un détenu à manger, affirmant ainsi un droit et même un devoir d'objection [5]. Le Tribunal fédéral de son côté a soutenu que l'autorité publique est habilitée à (faire) nourrir un tel gréviste contre son gré [6]. En France, l'article D. 390 du Code de procédure pénale autorise à alimenter les détenus contre leur volonté [4]. La position officielle chez nos voisins correspond ainsi à l'opinion minoritaire chez nous.

Au sens de l'article 115 du Code pénal, prêter assistance à un suicide sans motif égoïste n'est pas punissable en Suisse, disposition qui nous rend différents d'autres pays et suscite leur étonnement. La Commission nationale suisse d'éthique (CNE) a publié deux rapports, en 2005 et 2006, sur ce sujet. A relever dans le premier [7]:

### Recommandation 9 – Professionnels de santé

«Les médecins ainsi que le personnel soignant font face à un conflit d'éthique professionnelle du fait que leurs professions impliquent un engagement pour la vie et non pour la mort. Lorsque les médecins pratiquent

néanmoins l'aide au suicide, ils le font de leur propre chef [...]. Les professionnels de la santé ne doivent encourir aucune désapprobation morale ni aucune sanction professionnelle du fait de leur détermination, en conscience, en faveur ou contre l'assistance au suicide. Les professionnels de santé doivent être adéquatement formés aux soins en fin de vie. Cette formation devrait traiter des questions éthiques et des dilemmes que posent les situations de suicide et de suicide assisté» [8].

---

#### Correspondance

Dr Jean Martin

La Ruelle 6

CH-1026 Echandens

E-Mail: jean.martin[at]urbanet.ch

---

#### Références

1. McLeod C. An institutional solution to conflicts of conscience in medicine. *Hastings Center Report*. Nov-Dec 2010;40(6):41-42.
2. Fernandez Lynch H. *Conflicts of conscience in health care*. Boston: The MIT Press; 2008.
3. Blum R. Conscience rules: implications for care. *Hastings Center Report*. May-June 2011;41(3):49.
4. Pitcho B. Le refus de soins. In: Hirsch E, éditeur. *Traité de bioéthique*. Toulouse: Editions érès; 2010. Tome II, 255-269.
5. Le Bulletin des médecins suisses, dans son numéro 39/2010, inclut plusieurs articles présentant les arguments des professions de la santé contre l'alimentation forcée, notamment: de Haller J, Théraulaz P, Suter P et al. Grèves de la faim en prison. *BMS*. 2010;91:1518-1520, et Gravier B, Wolff H, Sprumont D et al. Une grève de la faim est un acte de protestation – quelle est la place des soignants? *BMS*. 2010;91:1521-1525.
6. Guillod O, Sprumont D. Les contradictions du Tribunal fédéral face au jeûne de protestation. *Jusletter*, 8 novembre 2010.
7. Commission nationale d'éthique. L'assistance au suicide. *Prise de position no. 9/2005* ([www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)).
8. A noter encore sur une problématique proche, dans le numéro de mai-juin 2011 du *Hastings Center Report* 2011;41(3): 28-47, la publication d'un dossier «Physician Complicity in Execution and Torture».